

L'appropriation du dispositif de contractualisation interne à l'hôpital de V : évolution conjointe de la stratégie et du contrôle de gestion

Emilie Bérard
Rinconada del Geranio, 3544 int. 4A
Colonia Santa Rita
44690 Zapopan, Jalisco (Mexique)
tel maison +52 33 38 13 22 56
tel bureau +52 33 36 73 38 85
skype : emilie.berard
emilie.berard@yahoo.fr

Résumé :

Cette communication étudie les rapports entre stratégie et contrôle de gestion, dans le cas de l'implémentation d'un système de contrôle de gestion, au sein d'un hôpital public de taille moyenne.

Plus particulièrement, nous étudions le dialogue entre l'intention stratégique et sa traduction instrumentale, dans la mise en place d'un système de contrôle de gestion. Le cas de l'hôpital de V. est intéressant à deux égards. Il permet de voir comment une stratégie et des outils de contrôle de gestion se construisent progressivement et mutuellement, dans un système de contrôle en évolution permanente. Il permet de voir également quel rôle jouent les outils de gestion dans la dynamique mise en place : notamment, leurs imperfections et leurs limites sont-elles importantes ?

Mots clés : contrôle de gestion ; hôpital ; nouvelle gouvernance ; appropriation ; outils de gestion

Abstract :

This research is aimed to understand the dynamic relation between strategy and organizational control tools. This case study is an exploratory analysis of the implementation process of a management control system in a public hospital in France. The results of this research shed light over the top managers' strategic intentions and its instrumental translation. First, the findings put in perspective the dynamic relation between strategy and organizational control organizational tools. Second, this case characterizes that relation as a process of mutual construction within a management control system in constant evolution. Third, the results also show the limits and imperfections of the management control systems.

Keywords : management control ; hospital ; organizational control tools

Depuis longtemps¹, les pouvoirs publics développent une politique active de modernisation et de rénovation du fonctionnement interne de l'hôpital. Celle-ci s'est intensifiée ces dix dernières années, avec l'apparition de la Nouvelle Gouvernance². Ce terme, directement inspiré de la théorie de l'agence, désigne au sens large le mouvement de réorganisation interne des hôpitaux, et porte sur deux aspects : la répartition des pouvoirs au sein de l'hôpital (instances de régulation ; pouvoirs respectifs du directeur et des médecins) ; et la mise en œuvre d'une politique de contractualisation (Domin 2006).

Qu'en est-il de la mise en œuvre, au sein des hôpitaux, de cet aspect désormais incontournable de la politique hospitalière publique ? Dans la présentation de cette étude de cas, nous allons centrer notre propos sur un des aspects de la Nouvelle Gouvernance, à savoir la contractualisation interne avec les pôles d'activités. Sur ce point, les pouvoirs publics affirment clairement leur volonté de faire des pôles d'activité le « cœur de la stratégie médicale et du pilotage opérationnel » des établissements de santé. Le « chef de pôle » est certes un médecin, mais il devient désormais un « manager » et un « pilote », investi d'une « réelle autorité déconcentrée »³. Or, comment une contractualisation interne imposée de l'extérieur se traduit-elle, dans la réalité du fonctionnement des acteurs hospitaliers ? Que se passe-t-il lorsque, dans une organisation, un système de contrôle de gestion est implanté alors que la stratégie qu'il doit servir n'est pas encore clairement établie ? Autrement dit, comment une stratégie et des outils de contrôle se construisent-ils, progressivement et mutuellement, dans un système en évolution permanente ? Ces questions présentent une actualité particulière, à l'heure où de multiples outils de gestion sont implantés par des politiques de réforme et de modernisation des organisations publiques.

Du point de vue pratique, notre recherche permet d'apporter une perspective critique à propos de la diffusion du modèle de contractualisation interne, promu dans le cadre de la politique de Nouvelle Gouvernance hospitalière. Aujourd'hui, beaucoup d'études ont déjà analysé un ou plusieurs aspects de la mise en place de la Nouvelle Gouvernance à l'hôpital. Elles sont à caractère pratique (notamment DHOS 2008, DREES 2007, IGAS 2010) ou plus orientées vers la recherche. La particularité de notre recherche est qu'elle met l'accent sur la dimension

¹ Il est difficile de dater précisément le début de la politique de modernisation du fonctionnement interne des hôpitaux. Selon les auteurs, cette démarche débute dès les années 70 (De Pourville 2003), ou encore au milieu des années 80, pour se traduire dans les textes au début des années 1990 (Domin 2006, Faure 2006). D'autres auteurs la font même débiter dès 1941 (Clément 2010).

² Le terme est apparu en 2002 avec le lancement du « Plan Hôpital 2007 », promu par Jean-François Mattéi.

³ L'ensemble de ces termes est tiré du document édité par le Ministère de la Santé en 2010 : « La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre », pp. 38-50.

« subie » des outils de gestion, dont l'usage est imposé aux hôpitaux par la voie réglementaire : dans de telles conditions, comment évoluent l'organisation et les outils de gestion, lorsque ces derniers sont introduits de manière coercitive dans une organisation ?

Du point de vue théorique, notre étude se situe dans la perspective critique par rapport à une approche normative de type « command-and-control » - qui considère que le contrôle de gestion est un outil de contrôle des comportements et d'aide à la décision, permettant de mettre en œuvre la stratégie au sein d'une organisation (Anthony 1965, Anthony 1988, Bouquin 2004). Or, que se passe-t-il lorsqu'un système de contrôle de gestion – qui est un système formalisé, dans le but d'entretenir ou de modifier des types d'action (Simons 1995) - coexiste avec une stratégie peu cohérente, implicite et évolutive ? Cette question présente des enjeux particuliers : la notion même de contrôle suppose en effet la conformité à une norme, ou bien l'orientation des actions de l'organisation dans le sens d'une stratégie préétablie (Giraud *et al.* 2009). Ainsi, notre étude se situe dans la lignée des travaux ouverts par Simons (1990, 1995) sur l'étude des rapports entre stratégie et contrôle de gestion, dans le cadre d'une stratégie à caractère émergent (Mintzberg, 1987).

L'hôpital public est une organisation particulièrement pertinente pour étudier ce genre d'enjeux. En effet, il constitue une forme d'archétype, pour ce qui concerne les difficultés à implanter un système de contrôle de gestion. L'hôpital est la seule organisation qui combine à la fois autant de difficultés pour la mise en place d'un système de contrôle de gestion (Abernethy et Chua, 2009) : complexité du processus interne ; contrôle par les professionnels ; multiples objectifs portés par les stakeholders, en interne comme en externe ; environnement hautement politisé. Plus particulièrement, il est décrit comme une bureaucratie professionnelle (Mintzberg 1982). Son activité présente des caractéristiques qui la rendent difficilement modélisable : variabilité, incertitude, et importance des savoirs-faires tacites (Moisdon et Tonneau 1999). Ainsi, la faible contrôlabilité de l'activité hospitalière a déjà été abondamment documentée (Halgand 1997, Halgand 2005). L'hôpital est donc, d'après le cadre de Thompson et Tuden (1959) repris par Burchell *et al.* (1980), une organisation qui combine une forte complexité dans le processus de transformation, avec un faible accord sur les buts de l'organisation.

Afin d'analyser les rapports entre stratégie et contrôle de gestion, nous nous appuyons sur le cadre théorique de l'appropriation des outils de gestion. Ce cadre repose sur les travaux du Centre de gestion scientifique sur les outils de gestion (Hatchuel et Weil 1992, David 1996,

Moisdon 1997). Il y associe la perspective dynamique et interactive développée dans les travaux étudiant l'appropriation des outils de gestion (De Vaujany 2006, Mallet 2006).

A partir de l'étude de la mise en place des pôles à l'hôpital de V, nous allons voir quelles sont les difficultés et les limites d'une telle démarche. Après avoir présenté le cadre théorique de notre étude, nous exposerons l'implantation de la contractualisation interne à l'hôpital de V, puis l'analyse qui peut en être faite, sous l'angle de l'appropriation des outils de gestion.

1 Cadre théorique pour l'analyse de l'étude de cas

Pour étudier le rapport entre stratégie et contrôle de gestion, nous utilisons le cadre théorique de l'appropriation des outils de gestion.

1.1 La notion d'outil de gestion

Les outils de gestion caractérisent les organisations modernes. Plusieurs auteurs font le constat de leur « prolifération » (Moisdon 1997, Lorino et Teulier 2005, Boussard et Maugeri 2003, Segrestin 2004) : « les organisations sont de plus en plus exposées à des objets ou des outils de gestion poussés par 'l'extérieur' et mis en œuvre par la ligne opérationnelle (De Vaujany, 2006, p. 110). ». Pourtant, ils n'ont émergé que récemment comme objet d'étude en sciences de gestion : le constat en est fait par Orlikowski et Scott pour les systèmes d'information (Orlikowski et Scott 2008), Chiapello et Ramirez (2004) pour le contrôle de gestion.

Du point de vue du sens commun, l'outil est défini à partir de trois caractéristiques principales : c'est un objet physique ou non, à caractère technique ; associé à une finalité⁴. Dans le domaine de la recherche en sciences de gestion, la notion d'outil n'est pas encore stabilisée (Orlikowski 1992), à tel point que Grimand (2006) la qualifie « d'impensé » des sciences de gestion⁵. La notion d'outil est malaisée à traduire en langue anglaise⁶ ; elle peut

⁴ D'après le dictionnaire « Trésor de la langue française informatisé », portail en ligne du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, l'outil est un « objet fabriqué, utilisé manuellement, doté d'une forme et de propriétés physiques adaptées à un procès de production déterminé et permettant de transformer l'objet de travail selon un but fixé » ; un « objet quelconque que l'on ne peut ou ne veut pas nommer précisément » ; ou bien, au figuré, un « moyen ; ce qui permet d'obtenir un résultat, d'agir sur quelque chose »⁴.

⁵ Les publications que nous avons étudiées et qui portent sur les « outils de gestion » utilisent des termes très divers pour désigner leur objet d'étude, en fonction du cadre théorique de référence : artefacts, outils et instruments (Rabardel, 2005) ; outils, dispositifs de gestion, techniques managériales (CGS) ; objet technique, outil et instrument (Simondon, 2005) ; instrumentation de gestion (Gilbert, 1998) ; technologie Orlikowski (1992).

notamment être rapprochée du terme de « technology », que Orlikowski utilise en se référant à la théorie de la structuration (Giddens, 1984). Dans notre étude de cas, la définition que nous mobilisons est adaptée d'après les travaux du Centre de Gestion Scientifique (CGS) de l'Ecole des Mines⁷, tels que relus par Gilbert (1998). Elle est enrichie, le cas échéant, de divers éclairages théoriques qui permettent de compléter certains aspects de la notion⁸.

L'outil de gestion est défini à la fois du point de vue de sa nature et de sa fonction. C'est une représentation, une « formalisation de l'activité organisée », « un ensemble de raisonnements et de connaissances reliant de façon formelle un certain nombre de variables issues de l'organisation », reliant des variables entre elles de façon logique, afin de prévoir, de décider, ou de contrôler (Moison 1997, p.7). Il a pour fonction de « gérer l'action collective » (Hatchuel 1994) : il est censé être un vecteur privilégié de rationalisation au sein de l'organisation. Pour reprendre l'analyse établie par Gilbert (1998), l'outil de gestion peut être classifié de trois manières : selon sa dimension structurale, qui se réfère aux caractéristiques et aux propriétés de l'instrument (dimension interne) ; selon sa dimension processuelle, qui se réfère à la démarche de mise en œuvre de l'instrument, aux usages sociaux et aux pratiques qui lui sont associés (dimension à la fois interne et externe) ; selon sa dimension fonctionnelle, qui se réfère au rôle formellement dévolu à l'instrument au sein de l'organisation (dimension externe). Ensuite, un instrument de gestion n'est pas uniquement un dispositif technique ; c'est aussi un construit socio-cognitif⁹. Il est ainsi constitué de trois éléments en interaction (Hatchuel et Weil 1992)¹⁰, que l'on peut retrouver dans le

⁶ On peut certes utiliser le mot *tool*, mais on peut également utiliser les termes de *instrument*, *resource*, *item*, *device*, ou bien *technology* (lorsqu'on se réfère à un ensemble de moyens techniques). La littérature anglophone que nous avons étudiée jusqu'à présent porte plus souvent sur les « technologies ».

⁷ Hatchuel et Weil 1992, Hatchuel 1994, David 1996, David 1998, Moison 1997, Moison et Tonneau 1999, Engel Kletz et al. 1999, Moison 2005.

⁸ Nous utilisons en effet les travaux de certains chercheurs pour compléter l'approche du CGS : les travaux de Simondon en philosophie des techniques, les apports de Rabardel en psychologie et en ergonomie ; les travaux de Gilbert en anthropologie ; et les travaux de De Vaujany en systèmes d'information. Ces approches nous paraissent compatibles, du point de vue de leur niveau d'analyse et de leurs prémisses épistémologiques.

⁹ « Une instrumentation de gestion n'est pas uniquement un dispositif technique (...). Elle est aussi quantité d'autres choses : une marchandise vendue par des consultants, une conception des rapports de travail, un enjeu social et organisationnel, une interprétation du lien contractuel, etc. Bref, construit par l'art et le discours des acteurs qui y ont installé leurs représentations, elle est un construit socio-cognitif. » Gilbert 1998 p. 45.

¹⁰ Hatchuel et Weil proposent une définition des outils de gestion autour de 3 niveaux : un « substrat technique », qui est l'abstraction sur laquelle est établi l'instrument et qui lui permet de fonctionner ; une « vision simplifiée des relations organisationnelles », qui permet d'entrevoir les principaux acteurs et leurs rôles autour de l'instrument ; et une « philosophie gestionnaire », qui correspond à l'esprit dans lequel le maniement de l'instrument est envisagé. Cette définition, potentiellement extrêmement riche, a fait l'objet de deux applications remarquées dans des articles de David (1996 et 1998) ; elle est également citée dans de nombreux travaux autour des outils de gestion (Lorino et Teulier 2005, De Vaujany 2005, Grimand 2006). Toutefois, nous pouvons dire qu'elle a également donné lieu à de nombreuses spéculations. En effet, le « texte fondateur » de Hatchuel et Weil est synthétique, il mobilise un vocabulaire propre aux auteurs ; surtout, à notre connaissance, il n'a pas fait l'objet d'une explicitation théorique complète par les auteurs, permettant de le situer au sein de la littérature

« déconstructeur » proposé par Gilbert (1998). L'outil de gestion est constitué d'un niveau opérant – qui correspond au « substrat technique » dans la définition du CGS ; d'un niveau procédural : il suppose un « mode d'emploi », des prescriptions implicites ou explicites sur la manière d'agir en se conformant à une procédure¹¹ ; d'un niveau conceptuel : les prescriptions se fondent sur un ensemble de notions, plus ou moins conceptualisées¹² ; et d'un niveau argumentatif : l'instrument repose sur des postulats sous-jacents, des hypothèses qui justifient les prescriptions formulées¹³.

Enfin, quelques éléments supplémentaires de définition nous paraissent nécessaires. Notamment, nous distinguons les outils de gestion par rapport aux dispositifs de gestion et aux systèmes de contrôle de gestion – qui sont des notions plus larges. La notion de dispositif de gestion spécifie des « arrangements des hommes, des objets, des règles et des outils » (Moisdon 1997) : un dispositif de gestion est « un ensemble d'éléments de design organisationnel porté par une intention stratégique, produit et géré par le centre ou le pivot d'un collectif organisé et qui vise à intégrer les outils et les acteurs de façon cohérente, dans le respect de certaines règles de gestion (Hatchuel et Molet 1986, cité par De Vaujany 2006 p. 113)¹⁴. ». Et la notion de « système de contrôle de gestion » (*management control system*, Simons 1995) élargit la dimension du contrôle à l'ensemble des activités de l'organisation et met l'accent sur la dimension processuelle : les systèmes de contrôle de gestion sont des systèmes formels, basés sur des routines de transmission et d'utilisation de l'information, que les managers utilisent pour entretenir ou modifier des actions-type (*patterns*) au sein de l'organisation¹⁵.

scientifique et de le mobiliser par la suite. C'est la raison pour laquelle nous reprenons les travaux théoriques de Gilbert (1998) qui, quoique moins connus, nous ont paru plus abordables. En revanche, on peut souligner que la définition donnée par Hatchuel et Weil a fait l'objet de plusieurs applications dans des travaux publiés postérieurement par le CGS, qui ont permis notamment de documenter abondamment les éléments relatifs au « substrat technique » (Moisdon 1997, Moisdon et Tonneau 1999, Engel, Kletz et al. 1999).

¹¹ « Le niveau procédural est celui du 'comment faire ?', de la procédure à suivre pour faire fonctionner l'instrumentation (Gilbert 1998). ». Par exemple, pour le contrôle de gestion, le processus suppose trois phases : avant l'action = planification ; pendant l'action : suivi des réalisations, analyse des écarts, décisions correctives ; après l'action : mesure finale de la performance.

¹² Par exemple : coût standard en comptabilité analytique, performance, standard, écart, contrôle.

¹³ Il peut s'agir de théories scientifiques, ou de croyances, de schémas interprétatifs ou de normes de comportement. Par exemple pour le contrôle de gestion : la possibilité de segmenter l'organisation en centres de responsabilité ; la possibilité de gérer le fonctionnement d'une organisation par des contrats d'objectifs ; la possibilité d'articuler le court et le moyen terme au moyen de la planification d'entreprise (Bouquin, 2004) ; la possibilité de rendre compte de la création de valeur à travers la comptabilité (Burlaud, 1995).

¹⁴ Au titre des dispositifs de gestion cités par le CGS, on peut citer les exemples suivants : un cercle de qualité, un organigramme.

¹⁵ Au titre des « management control systems » cités par Simons, on peut citer les exemples suivants : les systèmes de planification, de comptabilité, des systèmes de ressources humaines, des systèmes de gestion de projet.

1.2 La notion d'appropriation

En sciences humaines, il existe une littérature foisonnante autour de la notion d'appropriation (Mallet 2006, Baillette et Kimble 2008). En sciences de gestion, cette notion est particulièrement employée dans les recherches sur l'innovation et sur les systèmes d'information en général (De Vaujany, 2006). La notion d'appropriation se définit comme « un processus de construction réciproque entre l'outil et l'individu, qui relève à la fois de l'adaptation et de l'attribution » (Mallet 06, De Vaujany 05). Toutefois, si elle est riche et complexe, cette notion ne constitue pas un cadre théorique à proprement parler¹⁶ ; il s'agit donc plutôt d'une perspective, une problématique qui permet d'aborder la question de la tension entre adaptation et attribution. Cette notion permet de penser la diffusion des outils de gestion au sein des organisations comme un processus, qui met en jeu des aspects à la fois individuels et collectifs.

Christelle Mallet (2006, 2009) effectue un travail important de définition du concept, qui s'appuie particulièrement sur les travaux de Laulan (1984) et Bianchi et Kouloumdjian (1986) en Sociologie de la communication. Elle insiste notamment sur deux dimensions de l'appropriation, que sont l'adaptation et l'attribution. Pour Mallet (2006), il suffit de s'intéresser à l'étymologie latine du terme 'appropriation' pour comprendre son ambivalence : « *proprius* signifie à la fois 'celui que je suis' et 'ce qui m'appartient en propre' ; l'être et l'avoir sont ainsi confondus. » (Laulan 1984, cité par Mallet 2006). On voit apparaître à travers cette origine les deux principales acceptions du terme à l'heure actuelle. En effet, appropriation signifie à la fois « adaptation » et « attribution ». D'un côté, la notion d'adaptation fait référence au fait de « rendre propre à une destination précise », « adapter quelque chose à un usage déterminé », « conformer à quelque chose ou à une situation », « convenir ». Elle correspond à la notion de sens commun qui est de « rendre propre à un usage » (Grimand 2006). D'un autre côté, l'appropriation évoque aussi la notion d'attribution. Elle évoque alors le fait « s'attribuer » quelque chose, d'en « faire sa propriété ». Cette attribution peut être connotée de manière positive, dans le sens de « faire sien », de « reconnaître comme sien » ou « d'adopter ». Enfin, le suffixe « ation » désigne l'action en train de s'accomplir. L'appropriation apparaît alors comme un processus (Laulan 1984 cité in Mallet 2006).

¹⁶ En effet, de multiples théories peuvent s'y rattacher. Voir par exemple l'ouvrage collectif dirigé par Grimand (2006), où les contributions mobilisent des cadres théoriques aussi divers que la sociologie de la traduction, le structurationnisme, l'ergonomie ...

L'intérêt de cette définition de l'appropriation est qu'elle permet d'envisager divers types de processus, selon les dimensions des outils de gestion telles que nous les avons définies plus haut¹⁷. Par ailleurs, au sein des études qui se réclament de l'appropriation, on distingue deux courants, qui correspondent à deux visions distinctes sur la nature de l'outil et le processus d'appropriation qui l'accompagne¹⁸. Le premier courant considère qu'il y a une rationalité initiale et une norme dont les outils seraient porteurs : la conception des outils et leur usage sont distingués, et envisagés sous la forme d'une interaction récurrente. « L'acte de conception (entendu comme provisoire et itératif) est sans doute davantage valorisé dans cette perspective (De Vaujany 2006 p. 121). ». Le second courant¹⁹ considère que l'outil n'est pas porteur de connaissance ou de rationalité en soi : « la conception d'un outil est consubstantielle à son usage (...). C'est au fil des apprentissages, des conflits pour sa maîtrise, de la dialectique autonomie-contrôle, que l'outil prend finalement corps. A un niveau plus agrégé, le processus d'appropriation amène ici le collectif à penser sa propre transformation ou les trajectoires dans lesquelles il pourrait s'engager. (...) On note que le processus est contraint par une certaine matérialité intrinsèque à l'outil et son substrat technique. L'appropriation évolue bien dans un champ d'opportunité (De Vaujany 2006 p. 118). ».

Dans le cadre de notre étude de cas, nous retenons plutôt la première perspective, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, nous aurions une difficulté à aborder la notion de contrôle de gestion avec une posture totalement interprétativiste. Nous insistons donc sur deux points : il nous semble qu'il y a bien une intention de départ avec laquelle les outils ont été conçus, même si cette dernière peut difficilement être définie : elle est confuse, implicite, générique, évolutive. Par ailleurs, l'outil est bien porteur de rigidités. Il est à la fois habilitant et contraignant, et sa nature technique lui confère un certain nombre de caractéristiques propres, qui sont autant de contraintes pour l'action. Ainsi, il y a bien un cadre de départ, qui toutefois est façonné entièrement par la suite, à travers les usages qui en sont faits.

Nous allons décrire à présent la mise en place de la contractualisation interne au Centre Hospitalier de V (CHV), afin de pouvoir, dans un deuxième temps, en faire l'analyse.

¹⁷ Par exemple, on peut imaginer que, au niveau opérant, l'enjeu porte principalement sur l'adaptation de l'acteur aux outils de gestion ; alors que, au niveau argumentatif de l'outil, l'enjeu porte principalement sur l'attribution.

¹⁸ De Vaujany (2005) et Orlikowski et Scott (2008) établissent chacun une classification sur le même principe, avec toutefois des divergences dans le rattachement des auteurs à tel ou tel courant.

2 Repères chronologiques : description de la mise en place de la contractualisation interne au CHV.

Avant de présenter la mise en place de la contractualisation interne à l'hôpital de V., il convient de présenter succinctement notre dispositif de recherche. En réponse à la problématique établie ci-dessus, nous nous situons dans le cadre d'une étude exploratoire, à visée interprétative. Nous avons donc construit notre design de recherche à partir d'une étude de cas longitudinale, avec un cas unique présentant de multiples situations d'usage des outils de gestion (Yin, 2009). Sur une période d'observation de 12 mois, nous combinons des entretiens semi-directifs auprès de la direction et des médecins (Directeur général ; Directeur des finances ; chefs de pôles) ; ainsi qu'une collecte documentaire et des observations de réunions (principalement les « réunions CREA », associant les pôles et la Direction des finances pour l'examen des comptes de résultat analytiques par pôles). Deux grandes phases de recueil de données peuvent être repérées : décembre 2009, et novembre 2010 – avec toutefois des contacts réguliers avec la Direction des finances tout au long de notre période d'étude. Au total, une quinzaine d'entretiens²⁰ ont pu être réalisés à ce jour, et une dizaine de réunions ont été observées.

2.1 Origines réglementaires et objectifs de la contractualisation

La politique de contractualisation interne à l'hôpital public résulte d'une obligation réglementaire, posée par les ordonnances du 2 mai 2005 et par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire du 21 juillet 2009. Conformément aux dispositions réglementaires, la contractualisation interne à l'hôpital de V. comme ailleurs repose sur le dispositif suivant : découpage de l'établissement en pôles d'activité ; nomination à leur tête de trios de pôle, présidés par un médecin ; engagement des parties et définition d'objectifs *via* un contrat de pôle annuel ; délégation du pouvoir de signature et de décision ; mise en place d'un dispositif d'intéressement²¹. A l'hôpital de V., les objectifs associés à la contractualisation sont les suivants : améliorer et fluidifier la prise en charge du patient ; et optimiser les moyens qui y sont consacrés²². Sept pôles d'activité sont d'abord définis en 2007²³ ; puis neuf en 2010, à

²⁰ Nous avons rencontré les chefs de pôle à deux reprises : en novembre 2009 puis en novembre 2010. Nous avons également eu des entretiens avec la directrice des finances et avec le Directeur de l'hôpital, à une fréquence semestrielle.

²¹ Ce dernier point est laissé comme option à l'appréciation des dirigeants hospitaliers ; la mise en œuvre des autres éléments est obligatoire.

²² Source : contrats de pôle 2007.

l'échéance du premier mandat des chefs de pôle²⁴. Trois contrats sont successivement signés, en 2007²⁵, 2009 et 2010.

Pour décrire la mise en place de la contractualisation interne au CHV, nous allons en éclairer successivement trois aspects qui nous paraissent complémentaires :

- le champ de la délégation de gestion, tel qu'il est défini au sein de documents formels tels que les contrats de pôle ou les notes de service ;
- les modalités pratiques de mise en œuvre de la délégation, telles qu'elles apparaissent à travers diverses sources : contrats de pôle, outils de gestion, réunions, sessions de formation, fiches de poste ;
- l'intéressement, tel qu'il est défini dans les contrats de pôle.

2.2 Le champ de la délégation

La nature et l'étendue de la délégation sont définies dès l'apparition des pôles, et sont progressivement précisées et enrichies.

Dès juillet 2007, l'essentiel de la délégation est mis en place. Une délégation large et générique est formalisée dans les premiers contrats de pôle (2007-2008), avec une extension du déploiement prévu sur deux années. Pour 2007, la délégation porte sur les dépenses de personnel, « dans le respect des prérogatives du CTE et de la politique générale de ressources humaines », et sur les dépenses pharmaceutiques. Pour le personnel, aucune enveloppe budgétaire spécifique n'est arrêtée. Pour les dépenses pharmaceutiques, l'enveloppe budgétaire arrêtée pour 2007 correspond aux dépenses de 2006, hormis certains éléments qui sont financés à part²⁶. Sur le principe, c'est ainsi plus de 70% des dépenses directes du pôle qui sont ainsi déléguées à la responsabilité du chef de pôle.

Un an plus tard, en octobre 2008, une extension de la délégation de gestion est réalisée, par le biais d'une note de service. Des budgets d'investissement sont délégués dans des domaines précis : l'équipement hôtelier et l'équipement bureautique. Au total, 160 K€ sont répartis

²³ 6 pôles médico-cliniques, et un pôle administratif. Les pôles médico-cliniques regroupent les activités suivantes : Chirurgie + plateau médico-technique ; Urgences ; Pédiatrie + gynécologie ; Médecines ; Réanimation + cardiologie ; Système d'information + gériatrie ; Administration

²⁴ Le nombre de pôles passe de 7 à 9 au total. Un pôle est créé pour regrouper toute l'activité de gériatrie ; le pôle chirurgie + plateau médico-technique est scindé en deux.

²⁵ Pour 2008, c'est le contrat 2007 qui reste en vigueur.

²⁶ Il s'agit des médicaments et dispositifs médicaux implantables qui font l'objet d'un fléchage spécifique, et sont remboursés directement dans le cadre du système de tarification à l'activité.

entre les sept pôles que compte l'établissement – 100 K€ pour la bureautique, et 60 K€ pour l'informatique. La répartition de ces budgets se fait au prorata du nombre de lits.

En juillet 2009, les deuxièmes contrats signés avec les pôles confirment l'extension du dispositif de délégation de gestion. La quasi-intégralité des dépenses directes du pôle est déléguée sous la responsabilité des chefs de pôle. En 2010, les troisièmes contrats reprennent l'intégralité du champ de la délégation de gestion. S'y ajoutent les plans de formation continue du personnel médical et paramédical.

2.3 Les modalités pratiques de mise en oeuvre

Nous présentons ici trois aspects relatifs à la mise en œuvre de la délégation de gestion : l'accompagnement du changement ; l'ajustement des processus de décision et d'information ; et les outils pour la gestion des moyens délégués.

Sur le plan de l'accompagnement du changement, quelques actions sont mises en œuvre. Des fiches de poste sont diffusées pour les assistants du pôle (administratif et paramédical)²⁷. Des formations sont organisées en 2008, 2010 et 2011 pour les médecins et les cadres soignants. En matière d'ajustement des processus, une réflexion est mise en place progressivement pour traiter la question des circuits d'information. En 2010, la diffusion de tous les documents administratifs et financiers est centralisée sous la responsabilité de la Direction des Affaires Financières (DAF). Cette dernière se voit également chargée de gérer le dossier des pôles au niveau de l'établissement. En revanche, il n'y pas trace d'une réflexion collective et formalisée sur l'ajustement des nouveaux circuits de décision que suppose la mise en place de la délégation.

Enfin, en matière d'outils pour la gestion des moyens délégués, trois types d'outils différents sont mis à la disposition des pôles, avec par ordre chronologique : des outils de suivi de l'activité et des recettes ; des outils de suivi du résultat ; et des outils de pilotage des dépenses déléguées. On peut distinguer des situations très différentes en fonction de chacun d'entre eux.

Les outils de suivi de l'activité et des recettes sont produits par le Département de l'Information Médicale (DIM) à périodicité mensuelle. Ils préexistaient à la mise en place des pôles, et sont donc maintenus avec la mise en place de la délégation de gestion. En revanche, ils ne font l'objet d'aucune adaptation particulière sur le plan de la présentation. Notamment,

²⁷ Cependant, aucune fiche de poste ne spécifie le rôle des chefs de pôle.

il n'y a pas de présentation synthétique de l'activité à l'échelle du pôle, à partir d'indicateurs convenus entre l'administration et les médecins²⁸.

Les outils de suivi de l'évolution du résultat (Comptes de Résultat Analytiques, CREA). Ils sont créés spécialement en 2007 par la DAF – qui embauche pour l'occasion son premier contrôleur de gestion. Le CREA présente, sur une seule page, les charges et les produits du pôle, par grande ligne budgétaire. Au total, les dépenses du pôle représentent 65% des dépenses directes en moyenne²⁹. La présentation fait apparaître les données suivantes : données 2009 ; données 2010 ; comparatif n-1/ n en valeur absolue, et en pourcentage. Durant trois années, les CREA constituent pratiquement le seul outil de pilotage à caractère financier à la disposition des pôles, notamment pour suivre l'évolution des dépenses.

Les outils de suivi des dépenses déléguées. Ils sont édités par divers services ou directions fonctionnelles, et leur mise en œuvre est progressive et incomplète. Certains outils sont produits dès la mise en place d'une délégation (suivi des dépenses pharmaceutiques, édité par le Service de la Pharmacie). D'autres outils sont produits avec un retard parfois important de mise en œuvre : pour l'équipement hôtelier (Direction des achats) et bureautique (Direction de l'Informatique), un suivi des dépenses est envoyé aux pôles un an après la mise en œuvre de la délégation. Pour le personnel, un tableau de bord pour le suivi des dépenses est annoncé de manière répétée dans chacun des contrats de pôle. Il est finalement prévu pour 2011.

Enfin, un outil important fait son apparition en avril 2010 : il s'agit du suivi de l'ensemble des dépenses directes du pôle, édité mensuellement par la DAF. Cet outil est présenté comme « révolutionnaire » par la direction. Il permet aux chefs de pôle de suivre l'évolution de leurs dépenses directes avec une périodicité mensuelle – ce qui jusque-là n'était possible que pour les dépenses pharmaceutiques et les budgets délégués en équipement hôtelier et bureautique³⁰. Et il oblige l'administration à modifier son mode de suivi budgétaire, en passant d'une logique « établissement » à une logique « pôle ».

²⁸ Les données d'activité produites par le DIM sont présentées selon une logique de tarification, sur la base des « activités médicales ». Or, cette notion ne recoupe qu'imparfaitement le découpage en Unités Fonctionnelles, Centres de Responsabilité et pôles réalisé par la DAF à des fins de traitement analytique.

²⁹ Moyenne pour les CREA des pôles cliniques pour le 1^{er} quadrimestre 2009.

³⁰ Toutefois, ainsi que cela a été souligné plus haut, le tableau ne fait pas apparaître les dépenses de ressources humaines. Nous rappelons que ces dernières représentent 70% des dépenses directes.

2.4 L'intéressement des pôles

En juillet 2007, l'intéressement est annoncé dans les premiers contrats de pôle. Il est alloué sous forme de prime exceptionnelle pour les personnels. Les critères d'éligibilité à l'intéressement sont cumulatifs : tout d'abord, il faut que le résultat de l'hôpital soit positif dans l'ensemble ; ensuite, le pôle doit avoir réalisé ses objectifs qualitatifs et quantitatifs. Les objectifs fixés pour le pôle sont les suivants :

- objectifs d'activité (DMS³¹, séjours) ;
- objectifs concernant les dépenses pharmaceutiques (respect des budgets délégués et engagement dans les actions issues des propositions du COMEDIMS) ;
- objectifs de personnel : respect global du tableau des emplois et des mensualités (notamment remplacement) ;
- objectifs qualitatifs : il s'agit d'objectifs spécifiques pour chaque pôle (ex. développer l'activité de l'unité d'ambulatoire).

Toutefois, le contrat ne précise pas les modalités de calcul pour le montant de l'intéressement. Bien qu'annoncé, l'intéressement n'est finalement pas mis en place à l'issue de l'année 2008³².

En juin 2009, l'intéressement évolue. Il est désormais alloué au pôle dans son ensemble, et peut être utilisé pour des dépenses relatives à l'activité du pôle - y compris des moyens en personnel non pérennes. Les critères d'éligibilité établis dans le premier contrat sont repris dans leur intégralité, et la base de calcul pour le montant de l'intéressement est établie : les pôles récupèrent 50% de la progression de leur résultat - dans la limite de 50% de l'amélioration du résultat total de l'hôpital. Les objectifs fixés pour le pôle sont les suivants :

- objectifs financiers : amélioration du résultat du pôle (CREA) ;
- objectifs qualitatifs : hygiène (utilisation des SHA³³) ; qualité de l'information médicale (délai de transmission des informations pour la facturation) ; participation à

³¹ Durée Moyenne de Séjour

³² Il faut préciser que le poste de directeur reste vacant de l'été 2007 jusqu'au mois de mai 2008, du fait du départ de l'ancien DAF et du congé maternité de sa remplaçante.

³³ Le Ministère de la Santé a développé un programme de suivi et d'information sur la qualité hospitalière (Indicateurs de Performance pour l'Amélioration de la Qualité Hospitalière, IPAQH), dont les résultats sont publiés chaque année sous forme de classement des hôpitaux (cf Le Point). L'utilisation des Solutions Hydro-Alcooliques pour le lavage des mains y est suivie spécifiquement.

la production des indicateurs nationaux de qualité³⁴ ; objectifs qualitatifs spécifiques (par exemple, développer l'activité d'orthogénie ; stabiliser les parts de marché).

Au titre de l'année 2009, 500 K€ sont finalement distribués dans le cadre de la politique d'intéressement, pour un résultat positif de 1 M€ à l'échelle de l'hôpital. Seuls deux pôles sont éligibles à ce titre, sur les sept que compte l'établissement³⁵. Les résultats sont annoncés en mars 2010.. L'intéressement est finalement dépensé comme suit : règlement des journées de RTT³⁶ non prises et des heures supplémentaires qui ne sont pas honorées par l'établissement³⁷ ; amélioration des conditions hôtelières pour le personnel soignant et les patients³⁸.

Enfin, les troisièmes contrats de pôle (2010) reprennent les modalités d'intéressement Le contrat précise que « le chef de pôle dispose d'une liberté totale d'affectation : dépenses de personnel, de travaux, d'équipement etc. ». Les objectifs sont les suivants :

- objectifs financiers : amélioration du résultat ;
- objectifs qualitatifs : traçabilité de la douleur et utilisation des SHA³⁹ ;
- développement d'activités nouvelles ;
- projets d'organisation ou d'optimisation (par exemple : coopération avec le CH de T, mise en place du dossier informatique, fonctionnement du bloc).

3 Analyse de la mise en place de la contractualisation interne : perception des acteurs et évolution des pratiques

Ainsi, qu'en est-il de la mise en place de la contractualisation interne à l'hôpital de V, à la fin de l'année 2010 ? Sur le plan des moyens d'action (délégation de gestion), on observe un contraste entre un discours ambitieux où l'essentiel de la délégation est formellement établi dès 2007, et une mise en œuvre hésitante. Le champ de la délégation de gestion est pensé sous une forme large et ambitieuse, et défini dès l'apparition des premiers contrats. Par contre, les modalités pratiques et les conditions de mise en œuvre de cette politique ne progressent

³⁴ Cf supra.

³⁵ En 2008, sur ces mêmes critères d'attribution, cinq pôles auraient été éligibles.

³⁶ Réduction du Temps de Travail.

³⁷ Depuis 2009, la Direction du personnel ne règle pas les heures supplémentaires et les RTT.

³⁸ La répartition se fait au prorata du nombre de lits, avec des services présentant des états de vétusté et d'équipement extrêmement variables.

³⁹ Il s'agit ici aussi de deux objectifs IPAQH, pour lesquels l'établissement est classé « B » au niveau national, et souhaite remonter à un classement « A ».

que plus tardivement, de manière incomplète (tableau de bord du personnel, adaptation des processus de décision) et parfois hésitante (retards sur les calendriers annoncés). Par ailleurs, sur le plan des objectifs assignés aux pôles, l'intéressement défini en 2009 focalise l'attention des acteurs sur un objectif principal : l'amélioration du résultat des CREA de chaque pôle.

Comment les pratiques évoluent-elles au sein du CHV avec la mise en place de la contractualisation interne ? Quelle perception en ont les acteurs du CHV, et quelle interprétation en font-ils ? En nous appuyant sur les entretiens réalisés au CHV en 2009 et 2010 auprès des chefs de pôle et des membres de la direction, nous allons aborder successivement le point de vue des médecins et de la direction.

3.1 Un premier constat : des médecins attentistes

A la fin de l'année 2009, deux ans et demie après l'apparition des premiers contrats de pôle, les chefs de pôle souhaitent maintenir une attitude positive vis-à-vis du projet de contractualisation interne, en lequel ils veulent croire. Cependant, ils évoquent également le danger d'une vacuité du projet. En effet, les médecins soulignent dans leur discours la faible portée de la réforme à cette date. De manière unanime, ils soulignent la quasi-absence d'autonomie dont ils disposent, et se montrent extrêmement prudents sur leur capacité à engager leur responsabilité sur le résultat du pôle. Enfin, pour certains d'entre eux, ils s'interrogent sur leur compétence et leur légitimité pour exercer des fonctions de gestion au sein du pôle⁴⁰.

Les entretiens que nous menons en 2009 font apparaître que les chefs de pôle manifestent de la bonne volonté à l'égard du projet de contractualisation interne en lequel ils veulent encore croire. Ils indiquent que les pôles sont un outil de communication et d'information, qui permet de développer une vision transversale de l'établissement et de rapprocher des métiers jusqu'alors éloignés les uns des autres. Ils indiquent également que le pôle permet de sensibiliser aux contraintes financières liées à l'hôpital, objectif qui leur paraît légitime tant qu'il est couplé avec un objectif de soins. Enfin, même s'ils soulignent la lenteur du changement, ils estiment que le directeur général est sincère dans sa volonté de donner de l'autonomie aux pôles et qu'il s'agit d'une situation de transition.

⁴⁰ Du point de vue formel, les entretiens qui suivent sont présentés comme suit : la lettre désigne notre interlocuteur, et le chiffre le n° de page dans la retranscription. Les entretiens détaillés dans cette partie ont été effectués auprès des médecins en décembre 2009.

3.1.1 Une absence d'autonomie dans la décision.

Toutefois, ces commentaires sont systématiquement marqués par une grande prudence de nos interlocuteurs. En effet, les médecins pointent la faible portée de la réforme, à la fin de l'année 2009. Du point de vue de l'autonomie dans la décision, ils soulignent de manière unanime qu'ils disposent d'une très faible autonomie en pratique. Pour certains, ils regrettent également un alourdissement des procédures et une inflation des tâches administratives, sans bénéfice lié à une meilleure réactivité des processus. Au niveau médical, la création d'une hiérarchie entre pairs (chefs de pôles *versus* chefs de service) est délicate à mettre en place, et sa plus-value n'est pas toujours évidente à établir⁴¹. Enfin, les processus de circulation de l'information ne sont pas encore établis, et le sentiment est qu'une partie du travail de l'administration a basculé sur les pôles, sans pour autant avoir de retombée positive pour ceux-ci.

Selon les médecins, cette situation résulte principalement d'un manque de moyens d'action, ainsi que d'une résistance de la part des directions fonctionnelles. Les médecins insistent sur la faible marge de manœuvre dont ils disposent : la délégation porte sur des domaines marginaux (il manque les Ressources humaines), et pour des montants qui ne permettent pas d'exercer un arbitrage au-delà de la simple maintenance ou de renouvellement du matériel existant. De plus, ils perçoivent une résistance de la part des directions fonctionnelles qui « ne jouent pas le jeu ».

3.1.2 Une réticence à endosser une responsabilité sur le résultat.

Par ailleurs, du point de vue des objectifs qui leur sont assignés, les médecins restent dubitatifs. Dans les entretiens, ils ne font quasiment jamais référence aux objectifs de leurs contrats, et affirment ne pas se sentir liés à la direction par une quelconque relation contractuelle. On peut noter toutefois que certains d'entre eux cherchent à négocier leurs objectifs quantitatifs d'activité⁴², ce qui indique qu'ils y attachent une certaine importance – ce phénomène s'étendra en 2010.

Enfin, les chefs de pôle refusent d'endosser une responsabilité sur l'évolution de leur résultat. Ils soulignent, de manière unanime, la faible contrôlabilité de leur résultat en général. Tout d'abord, le résultat des CREA dépend d'éléments qui sont par nature extérieurs à leur champ

⁴¹ Notamment, les chefs de pôle estiment qu'ils ne sont pas qualifiés pour se prononcer sur un problème technique relevant d'une autre spécialité que la leur.

⁴² Il s'agit du pôle médecines, et du pôle chirurgie / médico-techniques.

d'action. L'évolution annuelle des tarifs est hautement aléatoire⁴³, et l'activité dépend, sur le fond, du dynamisme démographique du bassin sanitaire. Les médecins ne maîtrisent pas l'évolution des dépenses indirectes – qui représentent ainsi que nous l'avons dit 35% du total des charges ; et ils sont tenus par des contraintes réglementaires sur l'organisation de leurs activités⁴⁴. Ensuite, les chefs de pôle estiment que le résultat des CREA dépend d'éléments pour lesquels ils ont une capacité d'action, mais avec une marge de manœuvre limitée. Du point de vue des recettes, il s'agit essentiellement d'une question de taille critique : pour résoudre certaines difficultés, c'est l'établissement tout entier qui représente le niveau d'action pertinent, plutôt que le pôle lui-même. Les chefs de pôle peuvent difficilement agir sur la part de leur activité qui est non programmée⁴⁵ ; et ils sont contraints par l'organisation des filières de prise en charge pour l'optimisation de leur durée moyenne de séjour⁴⁶.

Enfin, une limite de nature différente est évoquée, sur le fond. Pour certains chefs de pôle, le résultat des CREA dépend d'éléments pour lesquels ils estiment n'être pas légitimes, ou pas compétents pour agir. Notamment, ils évoquent un manque d'appétence ou de compétence pour la gestion en général. Et en particulier, ils ne souhaitent pas être placés en position de responsabilité de gestion pour ce qui ne relève pas directement du champ de leur compétence médicale⁴⁷. Ils estiment qu'ils ont pour cela un problème de légitimité et de capacité d'appréciation.

⁴³ Chaque année, le Ministère publie une nouvelle version des tarifs. Les variations d'une année sur l'autre peuvent être fortes, elles dépendent de choix politiques favorisant telle ou telle activité au niveau national. Enfin, les tarifs sont structurellement et inexorablement appelés à baisser : l'évolution des tarifs est limitée à la hausse par un Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Si l'activité au niveau national augmente, les tarifs baissent l'année suivante pour rester dans l'objectif de l'ONDAM.

⁴⁴ De manière croissante, sous la pression des professionnels certaines activités à haut risque médical font l'objet d'une fixation réglementaire pour leur organisation : urgences, pédiatrie, obstétrique, anesthésie, réanimation...

⁴⁵ On distingue deux types d'activité à l'hôpital. L'activité programmée est anticipée et organisée. Le séjour hospitalier fait suite à une consultation préalable. L'activité non programmée, quant à elle, résulte le plus souvent d'une situation d'urgence médicale. Il faut préciser ici que la part d'activité programmée / activité non programmée est variable en fonction des spécialités (pour prendre des exemples extrêmes : chirurgie plastique *versus* réanimation). Toutefois, toutes les spécialités travaillent selon ces deux modalités.

⁴⁶ Il s'agit par exemple des filières de gériatrie ou de moyen séjour. Le problème qui est évoqué ici arrive fréquemment : des patients ne requièrent plus une prise en charge médicale en soins spécialisés (c'est-à-dire dans un hôpital de court séjour comme l'hôpital de V) ; cependant, ils sont encore fragiles et ne peuvent pas non plus être renvoyés directement à leur domicile. En ce cas, ils ont besoin d'une prise en charge en maison de repos médicalisée. Or, ces capacités d'accueil sont très fréquemment saturées.

⁴⁷ Il faut rappeler ici que certains pôles regroupent des activités extrêmement diverses, par exemple : pédiatrie + gynécologie ; réanimation + cardiologie.

3.2 La réponse de la direction : lancement de l'intéressement et des budgets de service

Ainsi, à la fin de l'année 2009, les chefs de pôle insistent sur diverses limites liées au système mis en place : problèmes de moyens et de pouvoir (modalités pratiques de mise en œuvre de la délégation de gestion) ; problème de contrôlabilité (conception technique des CREA et évolution du résultat) ; et problèmes de compétence et d'appétence pour exercer une fonction de gestion au sein du pôle. La direction entend en grande partie cette critique. Pour y répondre, elle prépare tout au long de l'année 2009 deux projets majeurs que nous allons analyser : l'intéressement et les budgets de pôle. .

La direction partage en grande partie la perception des médecins sur la faible portée de la contractualisation interne jusqu'à présent. Elle partage également une partie de leur analyse, notamment sur la résistance des directions fonctionnelles, l'insuffisance de la délégation de gestion ou le rôle des directeurs assistants dans les pôles. Cependant, elle diverge sur un point de fond. En effet, elle ne partage pas les propos des médecins sur la contrôlabilité du résultat, et questionne plutôt l'appétence et la motivation du corps médical pour assumer les responsabilités liées à la gestion et à la prise de décision. Les deux actions qu'elle met en œuvre pour remédier aux limites de la délégation de gestion reflètent cette interprétation : en 2010, les pôles bénéficient d'un intéressement à la gestion de 500 K€ ; et ils disposent d'un outil leur permettant de contrôler les crédits qui leur sont délégués. Ces projets, qui étaient prévus dès le début de la mise en place de la contractualisation interne, sont présentés comme des avancées importantes pour la réalisation des pôles.

3.2.1 Un intéressement pour inciter à augmenter la productivité.

Alors que les médecins insistent principalement sur la faible autonomie dont ils disposent, et le peu de changements liés à la contractualisation interne, la direction insiste sur un projet majeur : la mise en place de l'intéressement. Le projet est présenté comme ambitieux et atypique : les montants qui y sont consacrés sont beaucoup plus élevés que la moyenne⁴⁸. Il s'agit d'un « véritable pari » pour « inciter les médecins à participer à la rentabilité de l'hôpital ». Il doit contribuer à générer un intérêt à agir et une satisfaction chez les chefs de pôle qui en bénéficient, afin de les inciter à améliorer leur résultat. Toutefois, les objectifs associés à la mise en place de l'intéressement sont peu explicites. Au sens large, il s'agit de « faire rentrer les pôles dans une logique de bonne gestion ». Cette finalité se traduit, selon les

⁴⁸ Ils correspondent en effet aux montants engagés par des hôpitaux de taille 3 fois supérieure.

interlocuteurs et les époques, en diverses modalités : principalement augmenter l'activité et les recettes ; maîtriser les coûts ; ou, plus rarement, les diminuer.

Afin de compléter l'analyse, il convient d'ajouter que la capacité du système d'intéressement à servir cette finalité dépend de plusieurs hypothèses, qui ne sont pas explicites dans le discours des acteurs. La première hypothèse suppose que les chefs de pôle ont une capacité d'action sur le résultat, à travers les dépenses directes ou les recettes. La seconde hypothèse suppose que l'évolution du résultat résulte de la seule action des chefs de pôle. Enfin, une troisième hypothèse suppose que tous les pôles ont le même potentiel de développement de leur activité, et d'amélioration de leur résultat – afin d'assurer le caractère incitatif et équitable du dispositif.

Si l'intéressement est assis sur la réalisation des objectifs qualitatifs et quantitatifs du pôle, seule la dimension financière est retenue par les acteurs. En effet, le résultat des CREA est utilisé à la fois comme objectif à atteindre – c'est l'un des trois critères d'éligibilité pour l'intéressement- et comme base de calcul pour l'intéressement. Cette consécration d'un indicateur en particulier contribue à éclipser les autres dimensions des objectifs du pôle. Ainsi, l'assise de la politique d'intéressement sur le résultat du pôle comporte une dimension pédagogique et symbolique très forte, d'après la direction : elle permet d'insister sur la réalité économique de l'activité hospitalière. Elle permet également de rendre visible une réalité nouvelle : l'hôpital a vocation à générer un bénéfice.

3.2.2 Des budgets de pôle pour faciliter l'autonomie...et contrôler les dépenses.

En complément de l'intéressement, les budgets de pôle sont présentés comme le deuxième projet lié à la mise en place de la contractualisation interne. Le budget est perçu comme un outil plus technique, et piloté essentiellement à partir de la DAF. Surtout, le discours sur les objectifs est ambivalent en fonction des interlocuteurs. Dans la perception qu'en a le Directeur du CHV, et dans le discours porté lors de sa présentation officielle, l'outil est présenté comme essentiellement habilitant. Il doit permettre d'asseoir la position des chefs de pôle comme donneurs d'ordres auprès des directions fonctionnelles. Et il doit contraindre ces dernières à adopter une logique de suivi par pôle. Enfin et surtout, il doit rendre effective la décentralisation de la décision au plus près du terrain : il doit ainsi permettre de réaliser la pertinence, la fluidité de gestion et la réactivité auxquelles tient tant le Directeur.

Par ailleurs, du point de vue de la DAF, le budget ne peut pas être conçu autrement que comme un outil contraignant, associé à sa fonction habilitante. En effet, « il faut bien que

quelqu'un tienne le budget ». Ainsi, les budgets, dans leur forme définitive à paraître en 2011, ont pour vocation de contrôler l'évolution des dépenses directes. Les pôles disposent d'un « budget impératif », qu'ils peuvent dépenser librement mais avec l'objectif expresse de ne pas le dépasser.

Ainsi, le budget de pôle est porteur de potentialités– habilitante et contraignante- qui ne sont pas forcément compatibles entre elles. Or, cette contradiction n'est pas exprimée par les acteurs. De plus, les règles de négociation budgétaires en fonction de l'évolution de l'activité ne sont ni claires ni explicites. Peut-on se voir autorisé + 10% de dépenses, si l'on réalise + 10% d'activité ? Sur ce point, les médecins tendent à répondre positivement à la question ; la DAF quant à elle rappelle qu'il faut assurer un niveau de marge pour financer l'évolution des charges indirectes, ainsi que les projets de l'établissement.

Au total, ces deux projets - intéressement et budgets de service- permettent de « donner du corps aux pôles ». Ils permettent également d'envoyer des signaux forts sur l'engagement de la direction dans la politique de contractualisation interne. Par les sommes qu'elle engage et le caractère fortement discriminant des critères qu'elle applique, la direction souhaite prouver le sérieux de son engagement dans la politique de contractualisation interne, face à des médecins parfois dubitatifs. Elle affirme également la position des chefs de pôle, et les place en situation de responsabilité sur la gestion de leurs ressources : « on va les voir se positionner en managers maintenant».

Ainsi, à la fin de l'année 2009, on a une perception partagée en grande partie, entre médecins et direction : la contractualisation interne au CHV a une faible portée. Les pôles ne disposent pas d'une forte autonomie de décision, et peu d'actions ont été mises en œuvre pour améliorer le résultat au sein des pôles. L'interprétation qui en est faite par les acteurs de l'hôpital – médecins et direction- converge également, mais en partie seulement. Tous deux identifient des résistances de la part des directions fonctionnelles ; ainsi qu'une insuffisance dans la mise en œuvre pratique de la délégation de gestion. Cependant, là où les médecins perçoivent une absence de contrôlabilité sur le résultat de leurs pôles, la direction perçoit une insuffisance de motivation de leur part, ainsi qu'un refus à assumer des responsabilités. Cette divergence d'analyse se retrouve dans les actions mises en œuvre par la direction pour améliorer la situation.

Au total, l'analyse du système de contrôle de gestion fait apparaître plusieurs contradictions de fond, qui ne sont perçues par les acteurs que sous forme d'intuition. L'intéressement doit générer un intérêt à agir et de la motivation chez les chefs de pôle. Mais le résultat analytique

ne reflète que faiblement la performance du pôle, ou du chef de pôle en tant que gestionnaire. Le budget de pôle, quant à lui, se révèle être un outil à la vocation à la fois habilitante et contraignante - deux fonctions difficilement compatibles à notre sens.

3.3 Des effets inattendus et des résultats mitigés

En 2010, on peut considérer qu'un premier cycle se termine, du point de vue de la contractualisation interne. En effet, le mandat des premiers chefs de pôle arrive à expiration. Le périmètre des pôles est modifié à cette occasion, avec une augmentation du nombre de pôles, qui passent de 7 à 9. Par ailleurs, les principaux outils de la contractualisation interne sont en place – même si quelques lacunes sont encore criantes⁴⁹. Comment les outils mis en place en 2010 sont-ils accueillis et mis en œuvre par les acteurs de l'hôpital ? Nous allons traiter successivement la question de l'intéressement et des budgets de pôle.

3.3.1 Un intéressement qui ne suscite pas d'intérêt à agir.

La politique d'intéressement joue ici un rôle de focalisateur d'attention, renforcé par l'ampleur des sommes en jeu. L'attention portée par les médecins sur le résultat analytique obtenu par leur pôle est renforcée, et les CREA sont considérés avec sérieux. Toutefois, on peut s'interroger sur la capacité de l'intéressement à générer un intérêt direct à agir pour améliorer le résultat du pôle.

Tout d'abord, du point de vue des discours, les médecins déclarent n'entreprendre aucune action ayant pour finalité explicite l'obtention d'un intéressement pour leur pôle, et ce pas plus en 2010 qu'en 2009. Ils maintiennent leur point de vue sur la non contrôlabilité du résultat analytique de leur pôle. Certains critiquent même le principe d'un intéressement par pôle. Ils estiment que l'intéressement devrait plutôt être attribué collectivement, à travers un projet fédérateur pour l'ensemble de la communauté soignante (par exemple, une crèche pour le personnel).

Ensuite, du point de vue des pratiques, l'observation des réunions des CREA montre que les médecins s'avèrent certes très sensibles aux problématiques d'activité et de recettes. Ils sont très sensibles aux chiffres de leur activité et de leur durée moyenne de séjour, notamment lorsqu'il s'agit d'une activité nouvelle, en cours de redressement, ou sensible (particulièrement rentable ou particulièrement coûteuse). Pour ce qui concerne les recettes, la

⁴⁹ Il manque encore les tableaux de bord pour la gestion du personnel ; ainsi que la normalisation du suivi de l'activité des pôles pour pouvoir le rattacher au suivi financier.

quasi-intégralité des pôles a fait appel, au moins une fois, au DIM afin d'optimiser le codage de l'activité, pour la valoriser au maximum. Ensuite, les pôles se montrent également sensibles à l'évolution de leurs dépenses, particulièrement lorsque celles-ci progressent fortement de manière inexplicable, ou bien sur des domaines où ils sont traditionnellement sensibilisés. Toutefois, certains médecins indiquent que la sensibilité à l'activité, aux recettes et à l'évolution des dépenses existait déjà avant la politique d'intéressement. La tarification à l'activité, généralisée dans les hôpitaux depuis l'année 2007, a directement favorisé ce type de préoccupations.

La direction, de son côté, observe que l'intéressement n'a finalement pas été utilisé pour améliorer la productivité, comme elle en faisait le pari initial. Elle perçoit également que les chefs de pôle ⁵⁰ont éprouvé de la difficulté pour décider de l'utilisation de cette manne financière : « sur les pôles, c'est compliqué, ils ne savent vraiment pas quoi en faire ». Enfin, elle ne sait pas si l'intéressement a généré une satisfaction pour les pôles qui en ont bénéficié⁵¹. Toutefois, le Directeur de l'établissement ne remet pas en cause le dispositif d'intéressement tel qu'il est conçu, et reste très attaché au résultat des CREA, indicateur qui est pour lui chargé de symbole. Pour lui, la manière dont la situation évolue confirme plutôt le fait qu'il est difficile pour les médecins de porter la responsabilité de décisions à caractère économique et collectif. Le directeur effectue donc une analyse à caractère sociologique et culturel. Il suggère que l'intéressement n'est pas suffisant pour générer un intérêt à agir, face à de telles réticences sociologiques et culturelles. Les propos sur la contrôlabilité sont donc interprétés comme des prétextes, face à une réalité à laquelle les médecins refusent de se plier : on ne peut pas avoir d'autonomie sans responsabilité. Il maintient une politique d'intéressement pour 2011, avec un résultat bénéficiaire de l'hôpital.

3.3.2 Des budgets de pôle aux effets inattendus.

Ensuite, pour les budgets de pôles, les effets produits sont très différents, selon les acteurs que l'on considère. Du point de vue des chefs de pôle, le projet passe quasiment inaperçu. Tant les chefs de pôle que les directeurs assistants au sein des pôles considèrent que les tableaux sont assez technocratiques et peu lisibles. De plus, l'absence de données relatives aux ressources humaines (remplacements) vide le tableau de son intérêt. Certes, du point de vue des

⁵⁰ Au total, 70 K€ seront distribués au titre de l'année 2010.

⁵¹ « Tu vas voir, l'intéressement c'est fou, on n'est pas sortis de l'auberge ! Sur les pôles, c'est compliqué, ils ne savent vraiment pas quoi en faire. Ils sont pas d'accord entre eux. (...) C'est compliqué en tout cas. En fait, dans le fond, ce qui les gêne c'est de porter la responsabilité de la décision (VR oct 10 p.1). ».

pratiques, les médecins reconnaissent la plus grande fluidité du fonctionnement sur le plan hôtelier (suppression des blocages de commande en cours d'année). Cependant, ils ne font pas le lien avec l'apparition des budgets.

4 Conclusion : éléments d'application de notre cadre théorique.

Ainsi, le cadre théorique sur l'appropriation des outils de gestion nous donne de bons moyens d'analyse sur le plan structurel. A l'échelle du CHV, on dispose donc d'un dispositif de gestion - la contractualisation interne- décliné en contrats, délégation de gestion, et intéressement. Ce dispositif est associé formellement à deux finalités : améliorer la pertinence dans l'allocation des ressources ; et optimiser la productivité. Il est également associé à des outils de gestion, notamment les CREA et les budgets.

Notre cadre d'analyse nous permet de différencier des niveaux de discours, pour analyser les outils de gestion. Ceci est particulièrement utile pour ordonner les propos recueillis auprès de nos interlocuteurs. En effet, les représentations sur les outils de gestion sont foisonnantes, elles se présentent le plus souvent sous la forme d'intuitions, d'arguments inachevés. De multiples idées sont mêlées, qui sont parfois peu cohérentes entre elles. Ainsi, l'intérêt de notre définition est qu'elle permet d'ordonner les discours en fonction de différentes dimensions – ce qui permet par la suite de mieux comprendre le processus d'appropriation. Elle permet également de voir si certains niveaux sont surreprésentés par rapport à d'autres, et comment ils s'articulent. La manière dont les représentations se distribuent, au niveau de chaque dimension, est une trace essentielle à notre sens du processus d'appropriation et de son évolution. A partir des déplacements de l'argumentation et de la confrontation entre les représentations et les pratiques observées, on peut inférer l'évolution des enjeux autour des outils, ainsi que le niveau de maîtrise du dispositif par les acteurs. Par exemple, appliqué aux représentations des médecins à propos des CREA, notre cadre théorique permet de faire apparaître les niveaux suivants : au niveau opérant, les médecins contestent des modalités techniques de calcul telles que les clés de répartition pour le calcul des charges entre les pôles, les modalités de calcul des prestations internes. Au niveau procédural, on peut noter que les CREA sont censés être produits tous les six mois ou un an, en complément d'analyses plus ponctuelles, formalisées et systématiques : activité, suivi des dépenses. Or, il n'en est rien en pratique : les CREA préexistent à l'analyse fine sur l'activité et les dépenses du pôle. Et les réunions DAF/pôles sur les CREA ne font pas apparaître une routine bien établie dans

l'analyse des CREA⁵². Au niveau conceptuel, les CREA sont rattachés à des notions telles que le résultat analytique des pôles, la performance, la productivité. Ainsi que nous l'avons vu plus haut, ces dernières notions sont principalement mobilisées dans le discours de la Direction. Elles sont peu spécifiées et ne font pas l'objet d'un accord entre les différents acteurs de l'établissement. Enfin, le niveau argumentatif nous amène à interroger les hypothèses implicites qui sous-tendent la construction des CREA. Celles-ci, une fois mises à jour, permettent de renouveler les analyses sur l'outil. En effet, les CREA reposent sur une série d'hypothèses qui permettent de mieux comprendre l'outil : les chefs de pôle maîtrisent l'évolution de leur résultat ; le résultat reflète la performance des pôles ; les médecins sont responsables de leur résultat, selon des modalités contractuelles ; tous les pôles disposent d'un potentiel d'optimisation similaire. En ce qui concerne l'appropriation de l'outil de gestion au sein de l'organisation, on constate que les enjeux d'adaptation portent plutôt sur le niveau opérant et conceptuel – s'adapter aux notions véhiculées dans le CREA et aux règles de calcul, et les faire évoluer à son tour. Les enjeux d'attribution ou d'adoption, quant à eux, portent plutôt sur le niveau argumentatif.

Par ailleurs, le cadre théorique que nous appliquons permet d'analyser le degré de cohérence de l'outil, sa corrélation interne. De cette manière, il permet d'éclairer la logique de débats récurrents et non résolus, ou de propos contradictoires. Par exemple, on peut analyser la controverse entre les médecins et la direction à cette aune. Ainsi que nous l'avons vu, le CREA est un outil faiblement corrélé en interne : les hypothèses de construction sur lesquelles il s'appuie ne sont pas en cohérence avec les autres niveaux. En contestant la contrôlabilité du résultat analytique de leur pôle, les médecins mobilisent un discours relevant des niveaux opérants et conceptuel : certaines conventions de calcul ou critères techniques liés au CREA sont erronés ; et surtout, le résultat analytique du pôle tel qu'il est conçu n'est pas contrôlable, il ne reflète pas la performance du pôle. De ce fait, les chefs de pôle ne souhaitent pas être tenus pour responsables du résultat. Mais la direction leur répond avec des arguments qui relèvent d'un autre niveau, le niveau argumentatif. Pour elle, les médecins ont peu d'appétence pour la gestion en général, et surtout ils sont ambivalents - ils souhaitent avoir plus d'autonomie, sans assumer la responsabilité qui l'accompagne. Ce discours est rendu possible par les hypothèses de raisonnement qui sous-tendent les CREA : les chefs de pôle

⁵² Certes, des constantes reviennent : analyse des écarts dans l'évolution des dépenses ; recours aux explications en termes d'activité ; considération de l'importance du problème, en valeur absolue. Toutefois, nous n'avons pas noté, au cours de nos observations, d'approche systématique sur la manière d'analyser les CREA – plus particulièrement du côté des pôles.

maîtrisent l'évolution de leur résultat, qui reflète la performance de leur pôle. Ainsi placées à des niveaux de discours très différents, les représentations des médecins et de la direction ne se rencontrent pas, et un débat récurrent et insoluble s'installe.

Toutefois, notre cadre présente quelques limites pour nous permettre de répondre à notre question de recherche. Notamment, la capacité de notre cadre d'analyse pour étudier et comprendre l'émergence de la stratégie est insuffisante. Quels sont, dans les quatre niveaux présentés par Gilbert (1998), ceux qui relèvent de l'expression de la stratégie ? Comment celle-ci évolue-t-elle, au fil de l'appropriation de l'outil par les acteurs ? comment s'articulent les niveaux individuel et collectif, ainsi que la dynamique entre un outil de gestion et un système d'outils ? Certes, la qualification de l'outil de gestion comme un construit socio-cognitif invite à le penser en situation d'utilisation par les acteurs. Mais l'analyse de l'évolution et de la transformation de l'outil, au fil de son utilisation, est malaisée à aborder à travers notre cadre théorique. On peut toutefois faire apparaître plusieurs points de liaison entre l'outil et la stratégie. Tout d'abord, l'outil n'est pas univoque : il peut porter potentiellement plusieurs intentions⁵³. Il ne reflète pas l'intention de manière fidèle : il la déforme en la traduisant⁵⁴. Enfin, l'outil n'est pas neutre : il comporte des effets structurants qui lui sont propres et qui représentent des contraintes pour l'action. Et ces rigidités sont le plus souvent ignorées par les acteurs. Ainsi, dans notre cas, on voit que l'outil a une fonction de traduction de la stratégie qui n'est pas neutre : en précisant certains éléments, il permet de trancher des contradictions et d'effectuer des choix qui normalement relèveraient de la stratégie. Par exemple, l'assise de la politique d'intéressement sur le résultat des CREA résout sans le dire la question des objectifs et de la performance à l'hôpital : on focalise l'attention des acteurs sur l'évolution du CREA.

5 Bibliographie

Abernethy, M.A., Chua, W.F., Grafton, J., Mahama, H. (2009). Accounting and control in Health care : behavioural, organisational, sociological and critical perspectives. In *Handbook of management*

⁵³ Par exemple, l'intéressement sert deux objectifs à la fois : motiver les médecins ; et les inciter à améliorer leur résultat. Le budget est porteur de deux finalités : fluidifier les processus pour les chefs de pôle ; et les obliger à tenir leurs budgets.

⁵⁴ Nous nous référons à nouveau ici aux problèmes de cohérence interne de l'outil, par rapport à une intention donnée. Par exemple, le dispositif d'intéressement s'appuie sur l'outil « résultat analytique des CREA » : ce faisant, l'intention initiale se trouve détournée du fait de l'incohérence entre l'intention et sa traduction instrumentale. Et la direction n'a jamais envisagé d'utiliser un autre outil, du type « marge sur coûts contrôlables des CREA » - ce qui eût été plus cohérent, sur le plan opérationnel, avec l'intention initiale.

accounting research (Eds Chapman, C., Hopwood, A., Shields, J.F.). Vol. 2, 3eme édition, Oxford : Elsevier Publishing.

Anthony, R.N. (1965). *Planning and control systems, a framework for analysis*. Boston: Harvard University Press.

Anthony, R.N. (1988). *The management control function*. Boston: Harvard Business School Press.

Baillette, P., Kimble, C. (2008). The concept of appropriation as a heuristic for conceptualising the relationship between technology, people and organisations. UKAIS Conference, Bournemouth, UK.

Bianchi J., Kouloumdjian, M.F. (1986). Le concept d'appropriation. In *L'espace social de la communication* (Eds Laulan, A.M., Bianchi, J., Kouloumdjian, M.F.). Paris: Retz/CNRS.

Bouquin, H. (2004). *Le contrôle de gestion*. 6eme édition, Paris: Presses Universitaires de France, coll. "Gestion".

Boussard V., Maugeri, S. (2003). *Du politique dans les organisations : sociologies des dispositifs de gestion*. Paris : L'Harmattan collection Logiques sociales.

Burchell S., Clubb C., Hopwod A., Hughes J., Nahapiet J. (1980). The roles of accounting in organizations and society. *Accounting, Organizations and Society*, 5 (1): 5-27.

Chiapello E., Ramirez C. (2004). La sociologie de la comptabilité, une introduction. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, vol. 10, n°spécial juin.

Clément, J.M. (2010). *La nouvelle loi Hôpital Patients Santé Territoires - analyse critique et perspectives*. Bordeaux: Les études hospitalières.

David A. (1996). Structure et dynamique des innovations managériales. Cahiers du CGS, Ecole des Mines de Paris.

David A.(1998). Outils de gestion et dynamique du changement. *Revue Française de Gestion*, n° 120, sept-oct: 44-59.

De Pouvourville, G., Tedesco, J. (2003). La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics. *Revue Française de Gestion*, 5 (146): 205-218.

De Vaujany, F. X. (2006). Pour une théorie de l' appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception / usage. *Management et Avenir*, 3 (9): 109-126.

DHOS, 2008, *Résultats de l'Enquête nationale de la Nouvelle Gouvernance - données nationales et régionales (Ile de France)*, 50 p.

Domin, J. P. (2006). La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital-entreprise. *Gestions Hospitalières*, janvier: 24-29.

DREES, 2007, *Préparation de l'enquête COI - les changements organisationnels et leurs outils : entretiens avec les dirigeants d'hôpitaux* - n°72, novembre, 58 p.

Engel, F., Kletz, F., Moisdon, J.C., Tonneau, D. (2000). *La démarche gestionnaire à l'hôpital. T.2 Recherches sur la gestion externe*. Paris: Seli Arslan.

- Faure, A. (2006). Nouvelle gouvernance, inquiétudes et espoirs des futurs acteurs. *Gestions Hospitalières*, janvier: 29-32.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society : outline of a theory of structuration*. University of California Press.
- Gilbert, P. (1998). *L'instrumentation de gestion*. Paris: Economica coll. Gestion.
- Giraud F., Saulpic, O., Bonnier, C., Fourcade, F. (2009). *Contrôle de gestion et pilotage de la performance*. 3eme édition, Paris: Gualino.
- Grimand, A. (2006). *L'appropriation des outils de gestion, vers de nouvelles perspectives théoriques ?* St Etienne: Publications de l'Université de St Etienne, coll. Gestion.
- Halgand, N. (2005). Problèmes de pertinence de coûts pour le contrôle : le cas hospitalier. *Comptabilité – Contrôle - Audit* 2 (1): 34-51.
- Halgand, N.(1997). Comptabilité et pertinence : une proposition constructiviste pour le Nouveau Management Hospitalier. *Comptabilité – Contrôle - Audit*, 3 (2): 77-92.
- Hatchuel, A., Molet, H. (1986). Rational Modelling in Understanding Human Decision Making : about two case studies. *European Journal of Operations Research*. n° 24: 178-186.
- Hatchuel A. (1994). Les savoirs de l'intervention en entreprise. *Entreprises et Histoire*, n°7: 59-75.
- Hatchuel A., Weil, B. (1992). De la nature des techniques managériales. In *L'expert et le système*. Paris: Economica, pp. 110-132.
- IGAS, 2010, "Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé", rapport établi par Guy Vallet et Hayet Zeggar, février, 117 p.
- Lorino, P., Teulier, R. (2005). *Entre connaissance et organisation : l'activité collective – l'entreprise face au défi de la connaissance*. Paris: La Découverte.
- Mallet, C. (2006). Innovation et mesure de l'appropriation des outils de gestion : proposition d'une démarche de construction d'un tableau de bord. Colloque "En route vers Lisbonne", 9-10 novembre, 17 p.
- Mallet, C. (2009). Entre traduction et négociation:: comment se construit le sens des groupwares en contexte organisationnel ? Doctorat en Sciences de l'information et de la communication, Metz : Université Paul Verlaine.
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris: Les éditions d'organisation, coll. Hommes et techniques.
- Mintzberg, H. (1987). Crafting strategy. *Harvard Business Review*, 65 (4): 66-75.
- Moison, J. C. (1997). *Du mode d'existence des outils de gestion*. Paris: Seli Arslan.
- Moison, J.C. (2005). Comment apprend-on par les outils de gestion ? Retour sur une doctrine d'usage. In *Entre connaissance et organisation : l'activité collective : l'entreprise face au défi de la connaissance* (Eds Lorino, P., Teulier, R.). Paris: La Découverte, 239-250.

- Moisdon, J.C., Tonneau, D. (1999). *La démarche gestionnaire à l'hôpital. T.1 Recherches sur la gestion interne*. Paris: Seli Arslan.
- Orlikowski, W. (1992). The duality of technology : rethinking the concept of technology in organizations. *Organization Science*, 3 (3): 398-427.
- Orlikowski, W., Scott, S.(2008). The entangling of technology and work in organizations. Working paper series, Dept of management information systems and innovation group, London School of Economics.
- Rabardel, P. (2005). Instrument, activité et développement du pouvoir d'agir. In *Entre connaissance et organisation : l'activité collective : l'entreprise face au défi de la connaissance* (Eds Lorino, P., Teulier, R.). Paris: La Découverte, 251-265.
- Segrestin, D. (2004). *Les chantiers du manager*. Paris: Armand Colin coll. Sociétales.
- Simondon, G. (2005). *L'invention dans les techniques, cours et conférences*. Paris: Seuil.
- Simons, R. (1995). *Levers of control. How managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Boston: Harvard Business School press.
- Simons, R. (1990). The role of management control systems in creating competitive advantage : new perspectives. *Accounting Organizations and Society*, 15 (1/2): 127-143.
- Thompson, J.D., Tuden, A. (1959). Strategies, structures and processes of organizational decision. In *Comparative studies in administration* (Eds, Thompson, J.D.). Pittsburgh: The University of Pittsburgh Press.
- Yin R. (2009). *Case study research : design and methods*. 4eme édition, Thousand Oaks: Sage publications.